

Angaben zum Pflegebedürftigen (weiteres bitte ausfüllen)

Anrede	Vorname	Name
Straße und Hausnummer		PLZ, Ort
Geburtsdatum		E-Mailadresse
Pflegekasse		Versichertennummer

Hiermit beantrage ich die Kostenübernahme für die zum Verbrauch bestimmten Pflegehilfsmittel (Produktgruppe 54) bis maximal 40,00 €, darüber hinausgehende Kosten trage ich selbst.

FINDEN SIE IHRE PFLEGEBOX! (Bitte gewünschte Pflegebox ankreuzen)

- ✓ Professionelle Beratung
- ✓ Erstattungsfähige Produkte bis zu 40€ monatlich von Ihrer Pflegekasse

 <p>Pflegebox 1 <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Mundschutz-Masken* (Einweg) <input type="radio"/> Flächendesinfektionsmittel <input type="radio"/> Händedesinfektionsmittel <input type="radio"/> Einmalhandschuhe (puderfrei) <input type="radio"/> 2 x Saugende Bettschutzeinlagen 60 x 90 cm (Einweg) 	 <p>Pflegebox 2 <input type="checkbox"/></p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Flächendesinfektionsmittel <input type="radio"/> Händedesinfektionsmittel <input type="radio"/> Einmalhandschuhe (puderfrei) <input type="radio"/> Mundschutz-Masken* (FFP2)
<p>Gerne stellen wir Ihnen Ihre individuelle Pflege-Box zusammen. (mindestens 5 Produkte ankreuzen)</p>  <p>Pflegebox 3 <input type="checkbox"/></p> <p>(Bitte hier die gewünschten Produkte ankreuzen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="radio"/> Flächendesinfektionsmittel <input type="radio"/> Händedesinfektionsmittel <input type="radio"/> Bettschutzeinlagen 60x90 cm (Einweg) <input type="radio"/> Schutz-Schürzen (Einweg) <input type="radio"/> Einmalhandschuhe (puderfrei) <input type="radio"/> Mundschutz-Masken* (Einweg) 	<p>*Aufgrund der aktuellen Situation (Covid19) können auch FFP2-Mundschutz-Masken von uns bezogen werden.</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> Ja, ich möchte bitte FFP2-Masken in meiner Pflegebox haben.</p>
<p>Ich wünsche die Einmalhandschuhe in Größe:</p> <p> <input type="checkbox"/> SMALL <input type="checkbox"/> MEDIUM <input type="checkbox"/> LARGE <input type="checkbox"/> X-LARGE </p>	

**Kontaktieren Sie uns unter der 030 / 40 10 50 10
oder unter der 06898 / 80 90 02**

Bitte wenden

WILOGIS Hygieneprodukte GmbH
Straße des 13. Januar 255
66333 Völklingen

Institutionskennzeichen
33 100 32 10

Mit meiner Unterschrift bestätige ich, dass ich darüber informiert wurde, dass die gewünschten Produkte bzw. die ausgewählte Pflegebox auf der Seite 1 ausnahmslos für die ambulante private Pflege (und nicht durch Pflegedienste) verwendet werden dürfen.

Ort, Datum

Unterschrift Versicherter oder
Bevollmächtigter

Genehmigungsvermerk der Pflegekasse

PG 54 bis 40,00 € monatlich

PG 54 bis 20,00 € monatlich

Datum

IK-Nr. der Pflegekasse

Stempel / Unterschrift